



**Pós-Graduação em  
Atenção Básica  
em Saúde da Família**



**FIOCRUZ**  
UNIDADE CERRADO PANTANAL

**Linnet Alonso Almeida**

**Intervenção educativa em pacientes grávidas para diminuir a  
mortalidade materno-infantil**

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**



**Linnet Alonso Almeida**

**Intervenção educativa em pacientes grávidas para diminuir a mortalidade materno-infantil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Edilson José Zafalon

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este projeto à comunidade que me acolheu.

À equipe de saúde que compartilha comigo a realização deste trabalho, à minha família, meu pai Evelio, minha mãe Rosa, minha avó Silvia, minha irmã Rachel e meu irmão Vladimir, que ainda na distância são fontes de inspiração sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao DEUS criador do Céu e da Terra e de tudo quanto tem existência, por tudo quanto fez e continua a fazer na minha vida.

Agradeço à minha família, pelo apoio.

A meu amigo incondicional Brasuquito, que esteve presente um tempo durante a realização deste trabalho e me ajudou só com a sua companhia.

A minha equipe toda e a enfermeira Nélcia Arnaldo de Sousa Guimarães, pela ajuda na organização do projeto e no desenvolvimento das atividades realizadas.

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil que permitiu brindar minha ajuda a população brasileira.

Ao tutor Edilson José Zafalon pelas importantes sugestões dadas na construção deste trabalho final.

A Paulo Klavdianos e a Helene Lopes Klavdianos pela ajuda na correção ortográfica.

“Em prever está a arte de salvar.

A verdadeira medicina não é a que cura, mais sim a que previne.”

José Martí

## RESUMO

A assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo principal é o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Atualmente, acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas como principais aspectos na redução da mortalidade materno-infantil. O Projeto de intervenção foi realizado na Unidade Básica de Saúde 02, equipe 5, em Santa Maria Sul. Durante o período de dezembro de 2014 a abril 2015. Dividiu-se o grupo em dois: grávidas e puérperas com os recém-nascidos. Do total de 32 gestantes que forem incluídas no projeto de intervenção 15 estavam na faixa etária de 19-26 anos. Das gestantes considerou-se alto risco obstétrico 8, baseando-se na idade menor de 18 anos e maior de 35 anos, doenças crônicas e doenças desenvolvidas durante a gestação. Fizeram-se palestras divididas por trimestres de gestação com todas as orientações de mudanças fisiológicas, alimentação e a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida com boa participação. Incentivou-se ao parto normal, mais a maioria foi cesáreas. Tivemos 18 puérperas o que representou um 56% do total de gestantes. Realizou-se a primeira consulta puerperal nos primeiros 7 dias e 1 visita domiciliar no mês. Agendou-se retorno aos 30 e 60 dias para todas as puérperas e a consulta de planejamento familiar foi feita aos 42 dias. Não tivemos morte materno-infantil. Desde que existam “qualidade e eficiência” da assistência prestada durante o “pré-natal”, parto e puerpério, muitas mortes maternas e infantis podem ser evitadas.

**Palavras-chave:** Morte materna, morte neonatal, alto risco obstétrico.

## **ABSTRACT**

Prenatal and postpartum care quality and humanized is critical to maternal and newborn health. The main objective is the host of women from early pregnancy, ensuring the birth of a healthy child and the guarantee of maternal and neonatal well-being. Currently, it adds up more amplo sense, including the psychosocial aspects and educational and preventive activities as key aspects in reducing maternal and child mortality. The intervention project was carried out in Basic Health Unit 02, team 2, Santa Maria South during the period December 2012 to April 2015. He divided up the group into two: Pregnant women and mothers with newborns. Of the total of 32 pregnant women who are included in the intervention project 15 were aged 19-26 years. Of pregnant women considered high risk obstetric 8, based on the lowest age of 18 years and more than 35 years, chronic diseases and diseases developed during pregnancy. Made up lectures divided into trimesters with all the guidelines of physiological changes, food and the importance of exclusive breastfeeding until 6 months of life with good participation. Are encouraged to normal childbirth, plus most are C-sections. We had 18 mothers which represented 56% of all pregnant women. We held the first puerperal consultation in the first 7 days and 1 home visit in the month. Return scheduled at 30 and 60-days and the family planning consultation was made to all mothers at 42 days. We didn't had maternal and child death. Provided that "quality and efficiency" of the assistance provided during the "pre-natal", childbirth and the many maternal and child deaths can be avoided.

**Keywords:** Maternal death, newborn deaht, obstetric high risk.

## SUMÁRIO

<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Objetivos: Geral e Específicos (se houver os últimos).</b>	<b>11</b>
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>25</b>



# 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

## 1.1 Introdução

As razões de mortalidade materna e os coeficientes de mortalidade infantil têm sido os indicadores de saúde mais utilizados quando o objetivo é avaliar não apenas a qualidade de saúde de uma determinada população, mas também o grau de desenvolvimento de uma nação. Estudos epidemiológicos consistentes poderão revelar informações valiosas sobre a qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo grávido-puerperal, durante o pré-natal e também a nível hospitalar, como também a assistência prestada ao recém-nascido durante o trabalho de parto e no parto, e ainda às crianças nos primeiros 365 dias de vida. São bem conhecidos que, para garantir uma diminuição deste indicador, muitos fatores devem ser considerados como um bom atendimento nas consultas desde o pré-natal até o puerpério e primeiro mês de vida da criança.<sup>(1)</sup>

A taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu 75% entre 1990 e 2012, de acordo com relatório da ONU divulgado. Se, em 1990, o país registrou 52 mortes de crianças a cada mil nascidos vivos, em 2012, a taxa foi de 13 mortes a cada mil nascidos vivos. A mortalidade infantil considera os óbitos de crianças com menos de um ano de idade. Os dados são de estudo realizado com a colaboração da Unicef, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial. Levando em conta a mortalidade de crianças de até 5 anos no país, a queda é de 77,4%. Já a mortalidade neonatal, que corresponde às mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida do bebê, também teve queda, ainda que um pouco menor, passou de 28 mortes a cada mil nascidos vivos em 1990 para 9 mortes a cada mil nascidos vivos em 2012, o que corresponde a uma diminuição de 67,8%.<sup>(2)</sup>

No Distrito Federal a mortalidade teve uma ampla redução sendo hoje em dia de 12%. Na Regional de Santa Maria, a mortalidade Infantil encontra-se em 16,7%, sendo a mais alta de todas as regionais. Além disso, a maioria dos partos é cesárea, bem conhecida por todas as complicações resultantes deste tipo de intervenção, elevando a mortalidade materna.<sup>(3)</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “morte materna” é aquela ocorrida durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término da

gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devida a causas acidentais ou incidentais. Após esse período, e em até um ano após o parto, também pode ocorrer o chamado óbito materno tardio (a Razão de Mortalidade Materna é o número de mortes maternas ocorridas /100.000 nascidos vivos). Já a “morte infantil”, refere-se aos óbitos de crianças menores de 1 ano (e o coeficiente de Mortalidade Infantil, é o número de mortes de menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos).<sup>(4)</sup>

As principais causas de mortalidade materna no Brasil podem ser divididas em: “obstétricas diretas” (decorrentes da própria gravidez), como eclampsia, aborto inseguro, infecciosas, e hemorragias da gravidez ou do puerpério e as “obstétricas indiretas” (decorrentes de problemas pré-existentes), como hipertensão ou doença cardíaca, que foi agravada e levou ao óbito.<sup>(5)</sup>

No Brasil, 67% dos óbitos maternos são por causas obstétricas diretas e cerca de 25% por causas indiretas. Os 8,0% restantes são óbitos considerados ignorados devido à subnotificação. Observa-se também que no Brasil cerca de 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil podem ser evitados, o aborto inseguro e o grande número de cesáreas são os principais motivos.<sup>(5,6,7)</sup>

Houve também grande redução dos óbitos do período pós-neonatal devido aos avanços obtidos na melhoria da qualidade das assistências médicas na área de pediatria e enfermagem, o Programa Nacional de Triagem Neonatal que instituiu o “Teste de Pezinho” para “todas” as crianças nascidas no Brasil; avaliação e acompanhamento da situação nutricional (especialmente com grande incentivo e apoio ao “aleitamento materno”); e a satisfatória cobertura vacinal destas crianças.<sup>(8,9)</sup>

Fica evidente que há condições de se “reduzir” muito os coeficientes de mortalidade materna e infantil do nosso estado e muitos óbitos serão evitados, desde que existam “qualidade e eficiência” da assistência prestada durante o “pré-natal”, como: dar garantia de “referência” para os ambulatórios de “alto risco”, com busca ativa das gestantes faltosas ou com “fatores de risco”; maior rapidez para o agendamento e realização dos exames complementares; fornecimento pleno dos medicamentos e vacinas na unidade básica de todo o estado (especialmente os antibióticos e os anti-hipertensivos); efetiva utilização dos protocolos de pré-natal de baixo e alto risco do Ministério da Saúde; realização de treinamentos com toda a

equipe da unidade básica, cursos de atualização para todos profissionais das redes básicas, inclusive do programa de saúde da família. Essas são as razões da seleção deste indicador de minha equipe de saúde.

Garantir o atendimento as gestantes, às puérperas e recém-nascidos definindo melhor os critérios de risco e os problemas específicos da população desde a gestação. Intensificar a “vigilância” às gestantes e puérperas de alto risco, incluindo visitas domiciliares nos primeiros 7 dias após o parto para todas incluindo os recém-nascidos. Agendar retornos para todas as puérperas, no mínimo de “3” retornos, na unidade básica (com 7, 30 e 60 dias), com toda orientação de planejamento familiar e métodos disponíveis. O incentivo ao “parto normal” deve ser prioridade, visando à conscientização da população sobre os riscos decorrentes das cesáreas, podendo comprometer as mães e os recém-nascidos. Mas também conscientizar as equipes de saúde. Há a uma necessidade de maior incentivo ao “Planejamento Familiar”, com maior divulgação e também fornecimento pleno dos métodos contraceptivos na unidade básica de saúde, especialmente, para o puerpério e para a prevenção da gestação na adolescência. São esses os objetivos deste projeto de intervenção.

## **1.2 Objetivos:**

### **Geral:**

Diminuir a mortalidade Materno-Infantil no PSU-02 de Santa Maria. Distrito Federal.

### **Específicos:**

1. Intensificar a “vigilância” às gestantes e puérperas de alto risco;
2. Realizar visitas domiciliares nos primeiros 7 dias após o parto para todas as puérperas incluindo os recém-nascidos;
3. Agendar retornos para todas as puérperas;
4. Incentivar ao “parto normal”;
5. Conscientizar a Equipe de Saúde;
6. Incentivar as consultas de “Planejamento Familiar”;

## 2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Com a realização de este Projeto de Intervenção pretende-se garantir um atendimento adequado a todas as grávidas, puérperas e recém-nascidos de nossa população. Para modificar aqueles fatores de risco modificáveis, assim como evitar as complicações durante o pré-natal, parto e puerpério. Além de obter um bom planejamento familiar nas puérperas para evitar gestações não desejadas.

A criação de grupos de gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestre, com palestras nas quais orientaremos todas as grávidas em relação às mudanças fisiológicas, fatores de risco e complicações que poderão ocorrer durante essa etapa, além de modificações nos hábitos alimentares e estilos de vida. Assim como incentivar ao parto normal, a necessidade de se manter a vacinação atualizada, a aderência ao tratamento durante a gestação e promover o aleitamento materno exclusivo até 6 meses constituíram os pilares de nossa investigação.

A partir dos anos 1980, inicia-se, a construção de uma ação estratégica com tendência a unificar as ações e serviços de saúde, estabelecer relações intergovernamentais, integrar recursos financeiros e estabelecer gestão colegiada e participativa, mediante estímulo da participação social nas decisões relacionadas às políticas de saúde. Tal processo visava à democratização da saúde, a partir do seu reconhecimento como direito social, e à institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 1990, sobre a lógica da universalização do acesso e da integralidade e equidade de seus serviços. <sup>(10, 11,12)</sup>

Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), foram adotadas oito Metas de Desenvolvimento, entre elas, reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015. <sup>(13)</sup> A mortalidade materna reflete a qualidade de vida de uma região, especialmente os cuidados prestados à assistência à saúde da população feminina. <sup>(14)</sup>

Fatores sociais como idade, raça, estado civil, escolaridade e padrão socioeconômicos são descritos em vários estudos, demonstrando que existe população mais vulnerável e com maior risco de complicações. <sup>(15)</sup>

As mulheres nos extremos de idade são as que apresentam o maior risco para o óbito materno. Na literatura internacional, mulher em idade fértil é aquela na

faixa etária entre 15 e 49 anos. No Brasil, a faixa etária considerada para esta definição é de 10 a 49 anos. <sup>(16, 17)</sup>

Uma revisão da literatura deixa clara a importância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, garantia de um suporte nutricional à gestante, tratamento de doenças e estabelecimento de programa de imunização materna, objetivando diminuir o risco obstétrico. <sup>(17)</sup>

Além da ação preventiva e terapêutica, o pré-natal tem função de orientação, proporcionando medidas de suporte que diminuam a ansiedade maternas durante o trabalho de parto. Estudo realizado por Consonni et al <sup>(18)</sup> evidenciou que mulheres que recebiam orientações sobre gestação, parto e puerpério, associadas a técnicas de relaxamento e fisioterapia, apresentaram menor ocorrência de cesárea e seus recém-nascidos tiveram menor tempo de hospitalização. <sup>(19)</sup>

O Projeto de Intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde 2 localizada em Santa Maria Sul, Distrito Federal. No período compreendido de dezembro 2014 a abril de 2015. Com o envolvimento de todos os membros da equipe de saúde.

A população alvo será as grávidas da área de abrangência, com uma amostra de 32 pacientes com participação em todas as palestras, divididas por trimestres de gestação. Faremos a primeira consulta do puerpério nos primeiros 7 dias, assim como a captação do recém-nascido, depois aos 30 e 60 dias. Com 1 visita domiciliar no mês. Aos 42 dias faremos a consulta de Planejamento Familiar. As obtenções dos dados serão a traves de questionários, consultas aos prontuários e de dados no SIAB. A escolha de este grupo baseia-se na quantidade significativa de grávidas no território, com hábitos não saudáveis de alimentação e estilo de vida, em sua maioria com baixo nível de escolaridade e baixa renda.

### **3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Desde o mês de dezembro de 2014 foram escolhidas 32 pacientes grávidas de nossa área de abrangência. Dividiu-se o grupo por trimestres de gestação. Identificou-se nas consultas as gestantes de alto risco obstétrico, utilizando como parâmetros as condições socioeconômicas (baixa renda e nível de escolaridade), idade menor de 18 anos, idade acima dos 35 anos e doenças crônicas. Aquelas com alto risco obstétrico foram encaminhadas à consulta de alto risco obstétrico e acompanhadas durante a gravidez toda.

Todas as gestantes foram orientadas para que assistissem às palestras nas quais foram explicadas: as mudanças que ocorreriam por trimestres, a importância da adesão ao tratamento, a realização de exames e ecografias, a adoção de uma boa alimentação, a importância do parto natural, assim como a contagem das semanas de gestação. Além disso, orientamos a realização da primeira consulta puerperal nos primeiros 7 dias após o ganho do bebê, responsabilizando-as da informação ao posto. Foi feita a primeira consulta do puerpério nos primeiros 7 dias, assim como a captação do recém-nascido, depois aos 30 e 60 dias. Com 1 visita domiciliar no mês. Aos 42 dias fizemos a consulta de Planejamento Familiar de todas as puérperas logrando adesão ao método anticoncepcional e identificando-se as mulheres com risco pré-concepcional.

As reuniões da equipe foram feitas semanalmente, insistindo na importância do seguimento pelos Agentes de Saúde e as técnicas de enfermagem das gestantes. Logrando o comprometimento nesta tarefa. As obtenções dos dados foram feitas a traves de questionários, consultas aos prontuários e de dados no SIAB.

Os objetivos do Projeto de Intervenção foram atingidos na sua totalidade, não tivemos morte materna ou neonatal. Intensificamos à vigilância a todas as gestantes e puérperas de alto risco. Agendaram-se retornos para todas as puérperas. Nas palestras incentivamos ao parto normal. A equipe de saúde atingiu todos os objetivos com maior conscientização. Realizaram-se as consultas de planejamento familiar com todas as puérperas e identificamos as mulheres com maior risco reprodutivo.

Tivemos dificuldades na realização da visita domiciliar nos primeiros 7 dias após o parto, pelo que decidiu-se fazer a primeira consulta nos primeiros 7 dias, logrando à assistência de todas as puérperas e recém-nascidos. Outra dificuldade foi na realização do parto normal, apesar das informações dadas nas palestras, a decisão de parto normal ou cesárea não depende da equipe de acompanhamento, sendo assim, a maioria das gestantes fizeram cesárea. Além disso, enfrentamos alguns obstáculos na realização dos exames complementares, pois, na maioria das vezes os agendamentos eram de 2 meses, motivo esse que levou a equipe a decidir em reunião fazer as indicações de urgência, logrando os resultados dos exames mais importantes.

Dividiu-se o grupo em dois: grávidas e puérperas com os recém-nascidos. Do total de 32 gestantes que foram incluídas no projeto de intervenção 15 estavam na faixa etária de 19-26 anos representando 47% do total. As faixas etárias escolhidas foram de 10-18 anos, 19-26, 27-34 e 35-42. No Brasil considera – se idade fértil de 10-49 anos. Na atualidade existe um aumento de grávidas adolescentes, porém, a nossa população não se comportou assim (Gráfico 1).

Na divisão do grupo por trimestres de gestação, 7 estavam no primeiro trimestre, 11 no segundo e 14 no terceiro representando 44% do total (Gráfico 2). Além disso, fizemos o partograma para ter uma melhor ideia das datas prováveis do parto e poder planejar a realização das palestras (Gráfico 3).

Identificou-se nas consultas as gestantes de alto risco obstétrico, 4 com idade menor de 18 anos com más condições socioeconômicas (baixa renda e nível de escolaridade), 3 com idade acima dos 35 anos uníparas e 1 hipertensa crônica (Gráfico 4).

Do total de 32 gestantes 20% (8) eram alto risco obstétrico, concordando com a literatura na qual aproximadamente 20 % das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para ela como para o feto. (20,21,22). Nesse grupo fizemos um maior seguimento, nas consultas e nas palestras, com orientações (Gráfico 5).

No Brasil a adolescência por si não constitui alto risco obstétrico, mas em outros países como Cuba a adolescência é considerada como um fator de risco, porque na maioria das vezes as adolescentes não assistem a consulta, não tem



adesão aos tratamentos, além disso, é um dos grupos mais suscetíveis as complicações. Por isso, a equipe decidiu incluir as gestantes na faixa etária de 10-18 anos como alto risco obstétrico. <sup>(23,24)</sup>

Durante o período da gravidez as adolescentes evoluíram favoravelmente, 2 com hipertensão e 1 delas teve uma eclampsia sem maiores complicações. Das 3 gestantes com idade acima de 35 anos, 2 tiveram hipertensão e 1 diabetes. A gestante hipertensa crônica manteve-se controlada durante a gravidez toda. Baseado na literatura mais de 10% das grávidas desenvolvem hipertensão e diabetes ao final de gestação, das 18 grávidas que ganharam bebês, 5 tiveram complicações o que representou 28%, conforme a literatura. <sup>(25, 26)</sup> (Gráfico 6).

Todas as gestantes foram orientadas a assistirem as palestras, mais 70 % delas assistiram. As que não assistiram, justificaram porque encontravam-se trabalhando. A adolescente que evoluiu com eclâmpsia não foi às palestras alegando que ficava dormindo. Do total de gestantes, 85% fizeram cesáreas, a pesar das orientações feitas nas palestras. Não houve morte materna-infantil durante este período, todos os membros da equipe trabalharam em conjunto logrando excelentes medidas de promoção e prevenção neste grupo.

Uma revisão da literatura deixa clara a importância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, garantia de um suporte nutricional à gestante, tratamento de doenças e estabelecimento de programa de imunização materna, objetivando diminuir o risco obstétrico. Além da ação preventiva e terapêutica, o pré-natal tem função de orientação. <sup>(27)</sup>

Do total de 32 gestantes, tivemos 18 puérperas o que representou 56%. Realizou-se a consulta puerperal nos primeiros 7 dias assim como a captação do recém-nascido. Agendou-se um retorno aos 30 e 60 dias. Com 1 visita domiciliar no mês e aos 42 dias fizemos a consulta de Planejamento Familiar de todas as puérperas logrando adesão ao método anticoncepcional e identificando-se as mulheres com risco pré-concepcional que consideramos as adolescentes e as mulheres com mais de 35 anos, no total 7, representando 38% das 18 puérperas.

Não tivemos nenhuma morte materna ou neonatal durante o período deste projeto. As orientações nas consultas além das feitas nas palestras contribuíram significativamente nos resultados alcançados. Um bom pré-natal, a identificação dos

grupos de risco obstétrico, o trabalho de perto com este grupo, assim como o comprometimento da equipe nos cuidados das gestantes, puérperas e recém-nascidos são pilares importantes para evitar mortes materna e neonatal.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do PI possibilitou conhecer a realidade das consultas de pré-natal na comunidade de abrangência e no município, sendo importante também valorizar as estratégias já existentes e as futuras. O sucesso deste trabalho dependeu de muitos fatores, tais como: a dedicação da equipe de saúde, os desejos das pacientes de praticar mudanças nos estilos de vida, assim como sua participação nas atividades educativas.

Não tivemos nenhuma morte materno-infantil durante o período de realização do PI. Realizaram-se todas as consultas de pré-natal, com uma ótima assistência das grávidas nas palestras organizadas por trimestres, durante as mesmas enfatizou-se a alimentação adequada, a importância da assistência ao pré-natal, ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do bebê, o incentivo ao parto normal e a importância do planejamento familiar para evitar gestações não desejadas. Identificou-se as gestantes de alto risco obstétrico com uma vigilância redobrada. Logrou-se realizar a primeira consulta do puerpério nos primeiros 7 dias e todas as puérperas tiveram acesso as consultas de planejamento familiar com o subsequente método anticoncepcional. A equipe teve uma participação ativa com um comprometimento total, o que possibilitou o êxito das estratégias propostas.

Como fragilidade tivemos a dificuldade na realização da primeira visita domiciliar médica no puerpério aos 7 dias, pela demanda aumentada de atendimentos dos outros pacientes no posto de saúde, ainda assim, a enfermeira adotou uma posição ativa logrando a realização das mesmas. Outra fragilidade foi lograr que todas as gestantes assistissem às palestras, muitas trabalhavam e outras não achavam importante. A realização dos exames estabelecidos por trimestre de gestação foi outra dificuldade, tomando-se como estratégia a solicitação dos mesmos como urgentes. O aumento do número de cesáreas parece inacreditável quando os avanços da ciência demonstram que o parto normal traz menor complicações para mãe e filho, constituindo um problema da maternidade no âmbito hospitalar. Dessa forma, há necessidade de que todas as pessoas envolvidas,

estejam conscientes da importância da promoção e prevenção de saúde, para que consigam prestar a assistência correta e de melhor qualidade.

## REFERÊNCIAS

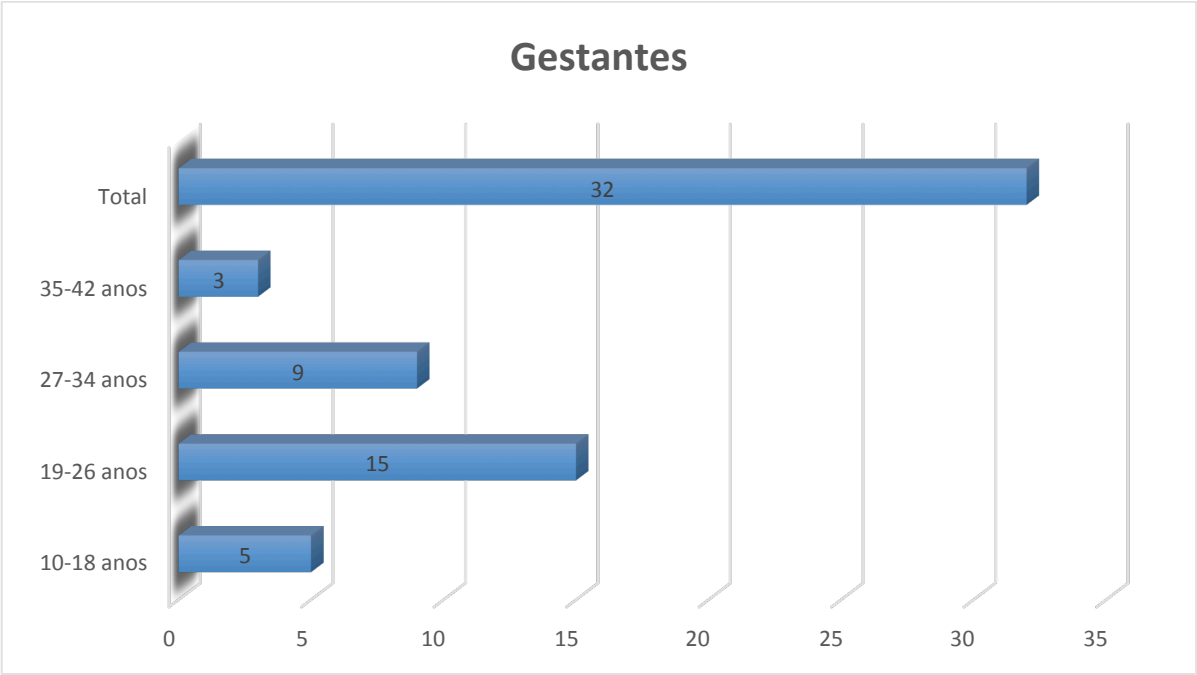
1. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal Death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. - Am J Obstet Gynecol. 2008; 199(1):1- 36.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377:1778-97.
3. Gouyon JB, Ribakovsky C, Ferdynus C, et al. Severe Respiratory Disorders in Term Neonates. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2008; 22(1):22-30.
4. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14:807-17.
5. Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Jornal da Febrasgo. 2008; Ed. 91:08-10.
6. Sobieray NL. “Capitão dos Pinheirais”. Mortalidade Materno-Infantil. Causas e Soluções. Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Brasil. 2008.
7. Monteiro RA, Schmitz BAS. Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2004; 4(4): 413-21.
8. Frias PG, Szwarcwald CL, Lira PIC. Estimativa da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2011; 11(4): 463-70.
9. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Carvalho FP. Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2011; 27(4):623-38
10. Marcia Lait Morse et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):623-638, abr, 2011
11. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, orgs. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.231-58.

12. Hellen Geremias dos Santos et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. *PEDIATRIA (SÃO PAULO)* 2010;32(2):131-43.
13. World Health Organization. The Millennium Development Goals Report 2008. <http://www.un.org/millenniumgoals> (acessado em Jan/2010).
14. Ministério da Saúde (Brasil). Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
15. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*. 2006;368:1189-1200.
16. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. 2000. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(1):23-30.
17. Viana RC et al. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde* - 22 Sup 1:S141-S152, 2011.
18. Consonni EB, Calderon IMP, Consonni M, De Conti MHS, Prevedel TTS, Rudge MVC. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*. 2010;7(28):1-6
19. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(6):1053-64.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Gestação de alto risco*. 4a ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000. [Série A: Normas e Manuais Técnicos].
21. Tedesco JJA. Gravidez de alto risco – fatores psicossociais. In: Tedesco JJA. *A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-41.
22. Dourado VG, Pelloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta paul. enferm.* vol.20 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2007.
23. Alvarez S, Riquenes CG. Medicina General Integral. Riesgo reproductivo. *Editorial Ciencias Médicas*. 2008; 52(1): 514-520
24. Vázquez A, Guerra C, Herrera V, De la Cruz F, Almirall AM. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001; 27(2).

25. Suárez JA, Gutiérrez MG, Cabrera MR, Corrales A, Salazar ME. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(2):154-161.
26. Witlin AG, Sibai Baha. Hypertension in pregnancy: current concepts of preeclampsia. *An Rev Med*. 2007;48:125-7.
27. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade Materna. *RBGO*. 2006; 28: 310-15.

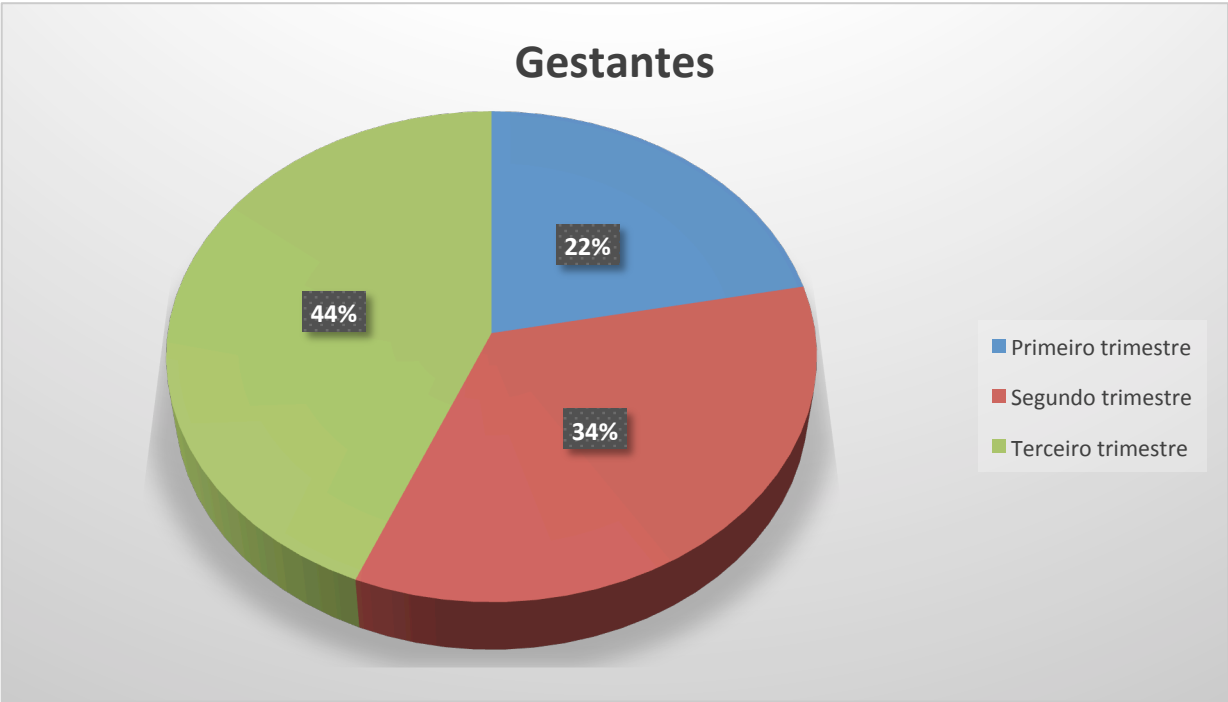
ANEXOS

Gráfico 1. Distribuição das gestantes por grupos de idade.



Fonte: Prontuários.

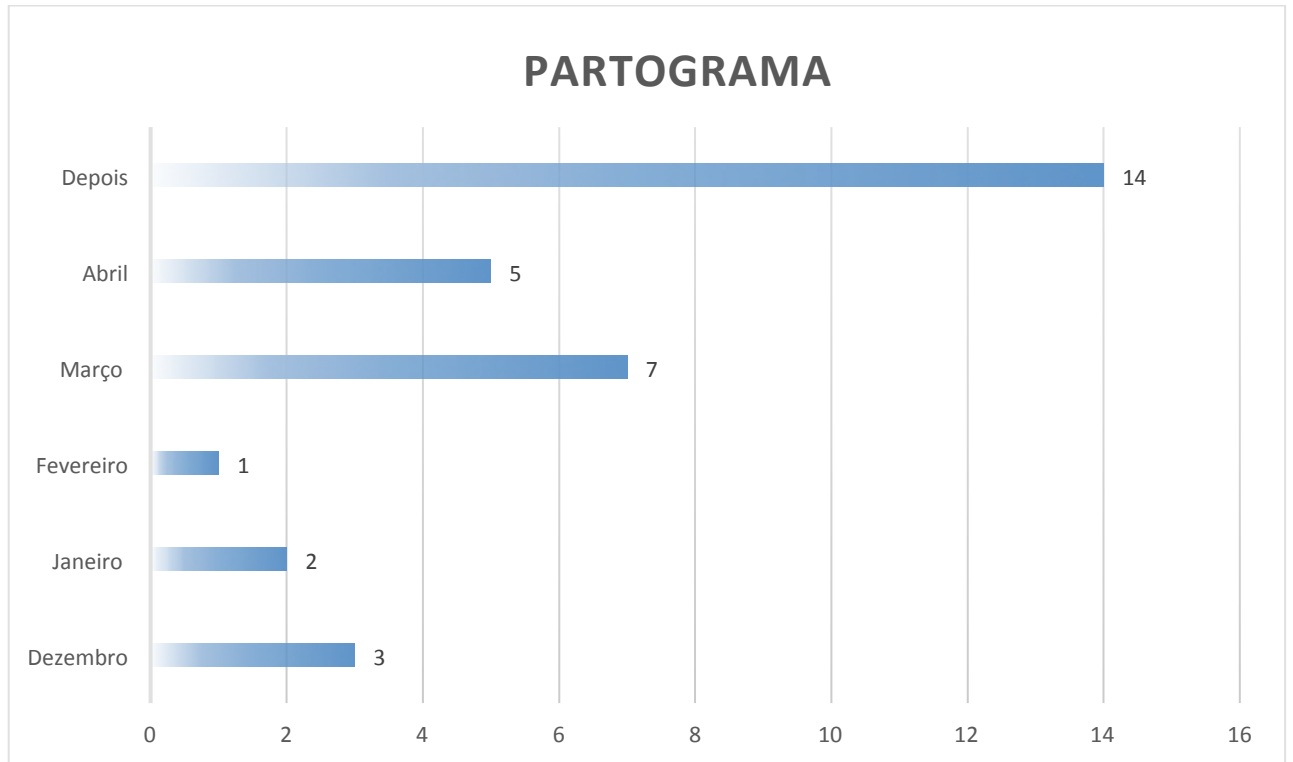
Gráfico 2. Distribuição das gestantes por trimestres.





Fonte: Prontuários.

**Gráfico 3. Partograma.**



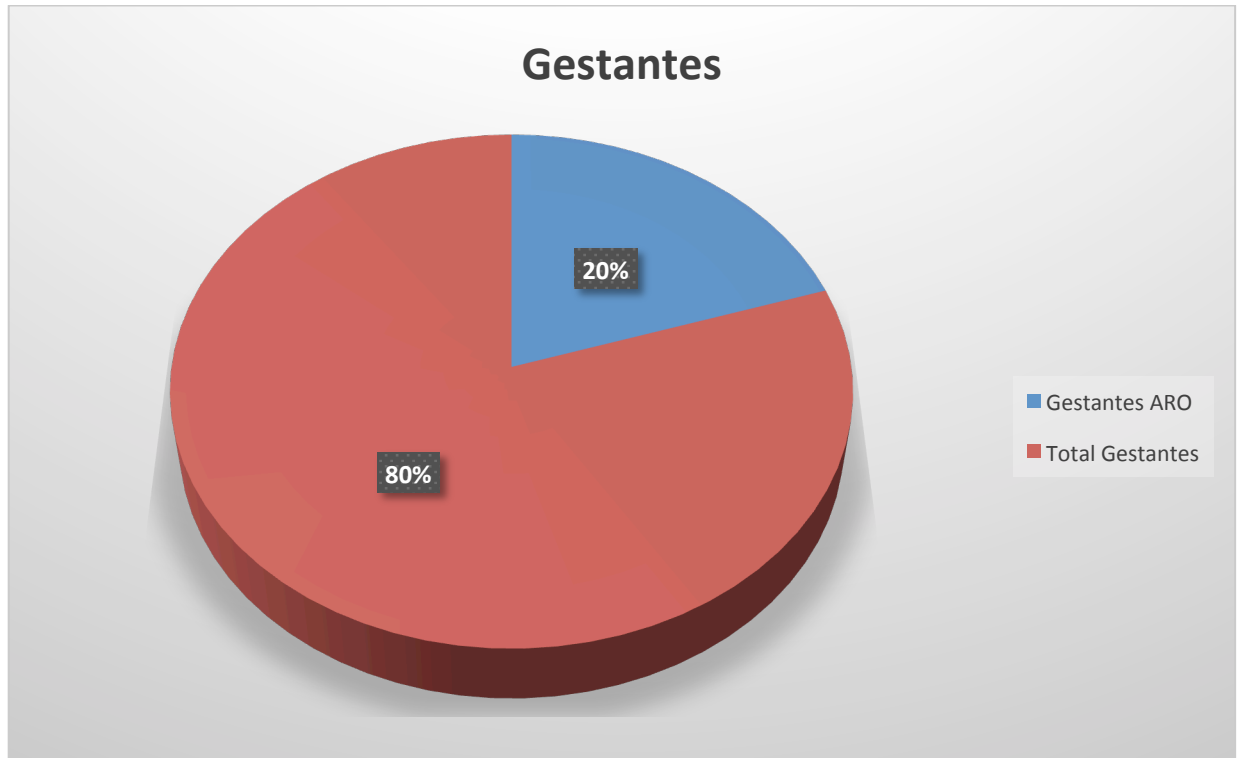
Fonte: Prontuários.

**Gráfico 4. Gestantes identificadas como Alto Risco Obstétrico.**



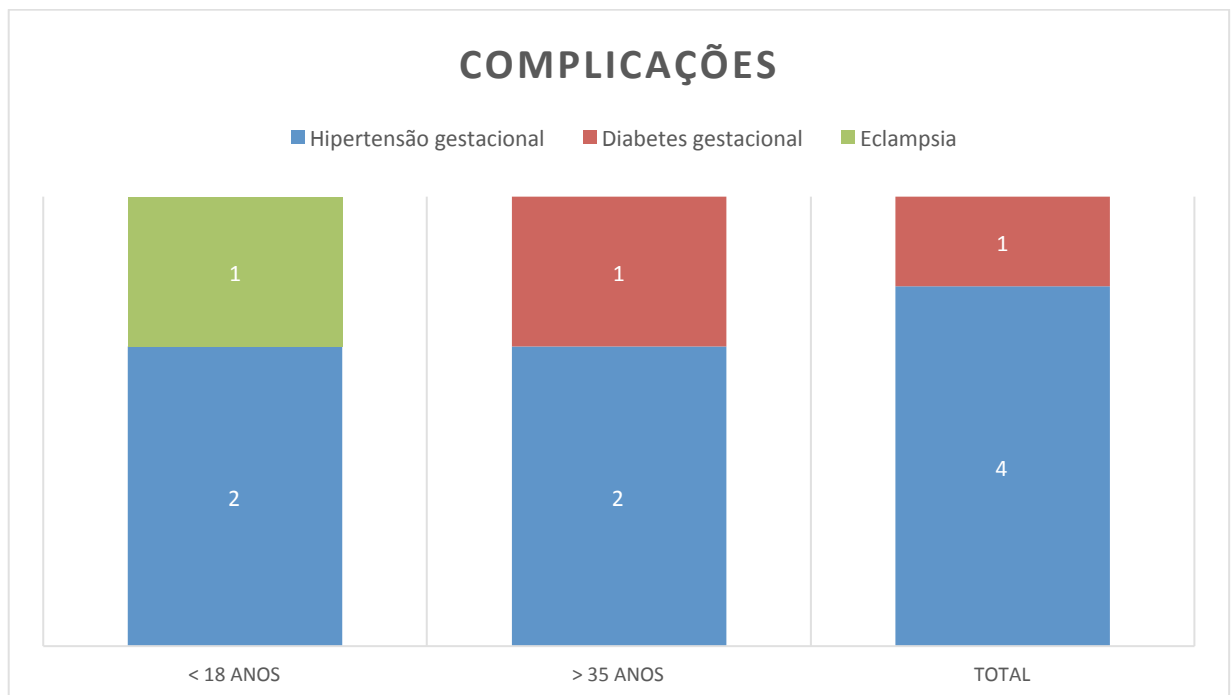
Fonte: Prontuários.

**Gráfico 5. Representação do total de gestantes Alto Risco Obstétrico.**



Fonte: Prontuários.

**Gráfico 6. Complicações durante a gestação.**



Fonte: Prontuários.

## APÊNDICES

### Cronograma do Projeto de Intervenção de Dezembro 2014 – Abril 2015. PSU-02. Santa Maria. DF

Grupo	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Grávidas	<p>-Realização de Palestra no 3º trimestre.</p> <p>-Informar a necessidade de comunicar à UBS o ganho do bebê</p> <p>-Contra referência mediante relatório da consulta de alto risco</p> <p>-Realização do Partograma. (Data provável de parto)</p>	<p>-Realização de Palestras no 1º, 2º, 3º trimestres.</p> <p>-Informar a necessidade de comunicar à UBS o ganho do bebê</p> <p>-Contra referência mediante relatório da consulta de alto risco</p> <p>-Realização do Partograma. (Data provável de parto)</p>	<p>-Realização de Palestras no 1º, 2º, 3º trimestres.</p> <p>-Informar a necessidade de comunicar à UBS o ganho do bebê</p> <p>-Contra referência mediante relatório da consulta de alto risco</p> <p>-Realização do Partograma. (Data provável de parto)</p>	<p>-Realização de Palestras no 1º, 2º, 3º trimestres.</p> <p>-Informar a necessidade de comunicar à UBS o ganho do bebê</p> <p>-Contra referência mediante relatório da consulta de alto risco</p> <p>-Realização do Partograma. (Data provável de parto)</p>	<p>-Realização de Palestras no 1º, 2º, 3º trimestres.</p> <p>-Informar a necessidade de comunicar à UBS o ganho do bebê</p> <p>-Contra referência mediante relatório da consulta de alto risco</p> <p>-Realização do Partograma. (Data provável de parto)</p>
Puérperas e recém-nascidos	<p>-Realização da 1ª consulta nos primeiros 7 dias</p> <p>- Retorno aos 30 e 60 dias</p> <p>-Consulta aos 42 dias para Planejamento Familiar</p> <p>- Vista domiciliar no 1º mês</p>	<p>-Realização da 1ª consulta nos primeiros 7 dias</p> <p>- Retorno aos 30 e 60 dias</p> <p>-Consulta aos 42 dias para Planejamento Familiar</p> <p>- Vista domiciliar no 1º mês.</p>	<p>-Realização da 1ª consulta nos primeiros 7 dias</p> <p>-Retorno aos 30 e 60 dias</p> <p>-Consulta aos 42 dias para Planejamento Familiar</p> <p>-Vista domiciliar no 1º mês.</p>	<p>-Realização da 1ª consulta nos primeiros 7 dias</p> <p>-Retorno aos 30 e 60 dias</p> <p>-Consulta aos 42 dias para Planejamento Familiar</p> <p>-Vista domiciliar no 1º mês.</p>	<p>-Realização da 1ª consulta nos primeiros 7 dias</p> <p>-Retorno aos 30 e 60 dias</p> <p>-Consulta aos 42 dias para Planejamento Familiar</p> <p>-Vista domiciliar no 1º mês.</p>